

IMPORTANT

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)			PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))		
Nom		Prénom	Nom		Prénom
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant		
N°	Rue		N° d'appartement		
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)					
Ville		Province	Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ?		
Code postal		N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.					

2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité	N° de permis
N°	Rue		N° de bureau	Ville	
Province		Code postal	N° de téléphone		Courriel

3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

Nom du médicament AFLIBERCEPT		Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie	
Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).	
			<input type="checkbox"/>		

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Œil gauche	Œil droit
Administration de l'aflibercept <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Ranibizumab <input type="checkbox"/> Faricimab <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Administration de l'aflibercept <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Ranibizumab <input type="checkbox"/> Faricimab <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Épaisseur du centre de la rétine <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Épaisseur du centre de la rétine <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

_____	_____
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à sel.ccq.org (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : **514 341-4451**
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8